DOMANDA PER IL CERTIFICATO DI ANTICIPO POSIZIONE PENSIONISTICA ATTIVATA PRESSO UN FONDO PENSIONE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

tel./cell. _____ e-mail/PEC _____

CHIEDE

al fine di ottenere, ai sensi dell'art. 11 del D.lgs. 252/2005, un'anticipazione della posizione pensionistica individuale maturata nel FONDO PENSIONE _____

_____ ,

sottoscritto presso (sede dell'agenzia)_____ tel. _____

una dichiarazione attestante che, relativamente:

☐ a sé

☐ al coniuge _____

☐ al/alla figlio/figlia _____

(specificare Cognome e Nome)

nato a _____ (_____) il _____

ricorre una condizione sanitaria **GRAVISSIMA,** che necessita di terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche.

☐ ha provveduto a far compilare, **integralmente** e in originale, e timbrare dal **Medico specialista/Odontoiatra** curante, il modulo relativo alla **diagnosi circostanziata** e al **programma terapeutico** proposto.

Allega:

☐ referti radiologici (qualora posseduti)

☐ altra documentazione sanitaria

Distinti saluti.

Luogo, data _____

Firma

_____

Dichiarazione del consenso al trattamento dati ex art. 23 del D.Lgs.196/03
Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Luogo, data _____

Firma

_____

REGIONE DEL VENETO
ULSS2 MARCA TREVIGIANA

DIPARTIMENTO PREVENZIONE
SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE

Si certifica che il/la sig./sig.ra _____

nato/a a _____ (_____) il _____

è affetto/a da (**diagnosi circostanziata; NB.**: per le patologie odontoiatriche, la "diagnosi circostanziata" deve essere dettagliata in modo da consentire l'individuazione degli specifici processi patologici a carico di ogni singolo elemento dentario):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

e necessita di (**programma terapeutico**; **NB**.: per le patologie odontoiatriche, il "programma terapeutico" deve essere dettagliato in modo da consentire l'identificazione dello specifico intervento terapeutico in programma su ogni singolo elemento dentario):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Costo complessivo previsto: € _____

Luogo, data _____

Firma e timbro dello Specialista/Odontoiatra

_____

La richiesta dovrà essere inviata via PEC all'indirizzo protocollo.aulss2@pecveneto.it o consegnata all'**Ufficio Protocollo**, Via S. Ambrogio di Fiera, 37 – 31100 Treviso.
Orario: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.30 orario continuato.